



PROGRAMA ANOS ADICIONAIS: ENDOSCOPIA

ESPECIALIDADE: Gastroenterologia (R3) - Área de atuação Endoscopia Digestiva

Prezado(a) Participante,

Para assegurar a tranquilidade no ambiente de prova, a eficiência da fiscalização e a segurança no processo de avaliação, lembramos a indispensável obediência aos itens do Edital e aos que seguem:

01. Deixe sobre a carteira **APENAS caneta transparente e documento de identidade**. Os demais pertences devem ser colocados embaixo da carteira, em saco entregue para tal fim. Os **celulares devem ser desligados**, antes de guardados. O candidato que for apanhado portando celular será automaticamente eliminado do certame.
02. Anote o seu número de inscrição e o número da sala, na capa deste Caderno de Questões.
03. Antes de iniciar a resolução das 20 (vinte) questões, verifique se o Caderno está completo. Qualquer reclamação de defeito no Caderno deverá ser feita nos primeiros 30 (trinta) minutos após o início da prova.
04. Ao receber a Folha de Respostas, confira os dados do cabeçalho. Havendo necessidade de correção de algum dado, chame o fiscal. Não use corretivo nem rasure a Folha de Respostas.
05. A prova tem duração de **2 (duas) horas** e o tempo mínimo de permanência em sala de prova é de **1 (uma) hora**.
06. É terminantemente proibida a cópia do gabarito.
07. A Folha de Respostas do participante será disponibilizada em sua área individual na data estabelecida no Anexo I, conforme subitem 11.20 do Edital.
08. Ao terminar a prova, não esqueça de assinar a Ata de Aplicação e a Folha de Respostas, no campo destinado à assinatura, e de entregar o Caderno de Questões e a Folha de Respostas ao fiscal de sala.

Atenção! Os três últimos participantes só poderão deixar a sala simultaneamente e após a assinatura da Ata de Aplicação.

Boa prova!

Fortaleza, 02 de novembro de 2023.

Inscrição

Sala

01. Paciente masculino, 43 anos, realizou endoscopia digestiva alta devido quadro de dispepsia, sendo identificada uma lesão subepitelial em antrogastrico medindo cerca de 3 (três) centímetros. Realizada ecoendoscopia digestiva alta que concluiu como principal hipótese diagnóstica um lipoma gástrico. Quais características ecoendoscópicas são sugestivas de lipoma gástrico?
- A) Lesão hiperecoica originada em terceira camada.
 - B) Lesão hipoeicoica originada em terceira camada.
 - C) Lesão hipoeicoica originada em quarta camada.
 - D) Lesão anecoica originada em terceira camada.
02. Paciente do sexo feminino, jovem, apresentando há cerca de 1 ano quadro de dispepsia e perda de peso progressiva. Em investigação diagnóstica, a paciente foi submetida à realização de endoscopia digestiva alta que evidenciou, em parede anterior de antrogastrico, uma lesão ulcerada com infiltração difusa da base (limites imprecisos). Qual a classificação endoscópica de Borrmann da lesão evidenciada em endoscopia digestiva alta?
- A) I.
 - B) II.
 - C) III.
 - D) IV.
03. Após ser vítima de um acidente vascular cerebral hemorrágico, um paciente evoluiu com disfagia progressiva sendo optado por realizar uma gastrostomia endoscópica percutânea. Qual das alternativas abaixo é uma contraindicação absoluta para a realização da gastrostomia endoscópica percutânea?
- A) Varizes esofágicas.
 - B) Gastrectomia subtotal.
 - C) Shunt ventriculoperitoneal.
 - D) Interposição de estruturas entre a parede gástrica e a parede abdominal.
04. Foi encaminhado ao ambulatório de endoscopia digestiva, um paciente apresentando uma lesão de crescimento lateral não-granular do tipo pseudodeprimida, localizada em cólon descendente e medindo cerca de 30 milímetros. Qual a terapia mais indicada para a lesão?
- A) Ressecção endoscópica com alça diatérmica sem injeção de substância em submucosa.
 - B) Dissecção endoscópica de submucosa (endoscopic submucosal dissection - ESD).
 - C) Ressecção endoscópica pela técnica de mucosectomia em fragmentos.
 - D) Tratamento cirúrgico pelo alto risco de disseminação linfonodal.
05. Os endoscópios e acessórios podem ser reutilizados diversas vezes em pacientes distintos, porém devido a possibilidade de acúmulo de matéria orgânica e de micro-organismos há uma preocupação crescente com o risco de infecção cruzada entre os pacientes. Em relação ao reprocessamento de materiais utilizados em procedimentos endoscópicos, marque a alternativa correta.
- A) Durante esterelização, ocorre eliminação completa de todos os micro-organismos, exceto as formas esporuladas.
 - B) Na desinfecção de alto nível, a maioria dos vírus, bactérias e fungos não resistem, sobrevivendo apenas *Mycobacterium tuberculosis* e intracelulares.
 - C) Materiais críticos são aqueles que entram em contato com pele e mucosa não íntegras colonizadas, mas não entram em contato com cavidades estéreis. Para serem reprocessados, deve-se iniciar processo de limpeza ainda na sala de exame.
 - D) Para que se realize a desinfecção de alto nível dos aparelhos e acessórios, a limpeza e a desinfecção devem ser realizadas, obrigatoriamente, em sala de processamento com áreas de limpeza destinada para remoção de matéria orgânica e área de desinfecção para o processo de desinfecção.

- 06.** Paciente, sexo feminino, 33 anos, foi admitida em urgência hospitalar devido quadro de dor abdominal em hipocôndrio direito e vômitos. Os exames laboratoriais apresentavam níveis normais de bilirrubina, amilase e lipase, e o ultrassom de abdome superior evidenciou coledocolitíase, litíase em vesícula biliar e dilatação de via biliar principal. Diante do quadro, foi indicada a realização de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE). Sobre CPRE e suas complicações, assinale o item correto.
- A) A paciente apresenta quatro fatores de risco para pancreatite aguda pós-CPRE.
 - B) Há uma possibilidade menor de pancreatite aguda pós-CPRE, em pacientes com pancreatite crônica.
 - C) Deve ser realizada antibioticoprofilaxia antes da CPRE desta paciente para diminuir o risco de colangite pós-CPRE.
 - D) Apesar de existirem algumas medidas para prevenção de pancreatite pós-CPRE, não há nenhuma medida com comprovação científica.
- 07.** Paciente, 24 anos, gestante, com idade gestacional de 28 semanas, sem comorbidades, evolui com febre, icterícia e dor abdominal há 36h, procurando pronto-atendimento, onde foi admitida com FC 110bpm, FR 26irpm, PA 90x60mmHg. Foi solicitado, dentre outros exames, ultrassonografia do abdômen, que evidenciou colédoco com calibre de 15 mm e cálculo de 12 mm em seu interior. A avaliação obstétrica não encontrou alterações relacionadas ao feto ou à gestação. A respeito disso, assinale alternativa correta.
- A) Se optado por tratamento endoscópico, devem ser utilizados de preferência propofol, diazepam e morfina.
 - B) O midazolam pode ser utilizado com segurança nessa idade gestacional, mas a paciente acima tem contraindicação de tratamento endoscópico.
 - C) O líquido amniótico pode conduzir corrente elétrica para o feto. Apesar disso, o uso de eletrocautério é relativamente seguro para esfínterectomia, sendo o do tipo monopolar o recomendado.
 - D) Se optado por tratamento endoscópico, o propofol e a meperidina são seguros para a sedação e, idealmente, a frequência cardíaca fetal deve ser monitorada antes, durante e após o procedimento, bem como as contrações uterinas.
- 08.** Você esta fazendo uma colonoscopia de rastreio de câncer colorretal (CCR) em um paciente de 57 anos, gênero masculino, diabético, com história familiar de CCR. Em sigmoide, você visualiza lesão de crescimento lateral de 15 mm e utiliza o recurso diagnóstico endoscópico de magnificação e nota que a lesão apresenta superfície irregular, com vasos com diâmetros irregulares e distribuição heterogênea. Diante disso, sua conduta é:
- A) Classificar a lesão com JNET tipo 2A e proceder com ressecção endoscópica de submucosa após cromoscopia com lugol.
 - B) Classificar a lesão como JNET tipo 2B low, tatuar o local com tinta nanquim e encaminhar para cirurgia.
 - C) Classificar a lesão como JNET tipo 2B high, reavaliar a lesão por magnificação com cromoscopia com índigo carmim para definir se tratamento endoscópico ou cirúrgico.
 - D) Classificar a lesão como JNET tipo 1, realizar cromoscopia com índigo carmim e proceder com ressecção endoscópica de submucosa.
- 09.** Paciente, 52 anos, gênero masculino, tabagista, obeso apresenta DRGE de longa data, sem tratamento vigente, no qual foi solicitada uma endoscopia digestiva alta (EDA). Durante a EDA, visualiza-se hérnia de hiato, pequena, e, junto à transição esofagogástrica, um prolongamento digitiforme, com coloração rosa-salmão, com extensão de 4cm e sugestivo de esôfago de Barrett. Diante do quadro, marque a alternativa correta.
- A) Se confirmado esôfago de Barrett e houver displasia de alto grau, deve-se repetir a endoscopia com novas biópsias e um segundo patologista deve ser consultado. Caso haja confirmação da displasia de alto grau, o paciente deveria ser submetido a terapêutica endoscópica ou cirúrgica.
 - B) Está indicada a realização de biópsias conforme protocolo de OLGA e, se displasia de baixo grau presente, deve-se iniciar tratamento com inibidor de bomba de prótons e repetir a endoscopia em 6 meses, de preferência com cromoscopia.
 - C) Se confirmado esôfago de Barrett e houver displasia indefinida, deve-se seguir vigilância com endoscopias a cada 2 anos, seguindo protocolo de Seattle.
 - D) Como o paciente é portador de DRGE e múltiplos fatores de risco para esôfago de Barrett, deve-se realizar biópsias nos quatro quadrantes a cada 1cm (protocolo de Seattle).

10. Paciente, 33 anos, do gênero masculino, portador de asma e rinite alérgica, queixa-se de disfagia progressiva há 1 ano, sem outros sintomas, tendo sido solicitado endoscopia digestiva alta. Ao realizar o exame, você observa estrias longitudinais no esôfago e um segmento com redução da luz do lúmen, que dificulta mas não impede a passagem do aparelho convencional, sendo possível avaliar estômago e duodeno, que estavam normais. Com a suspeita de esofagite eosinofílica e de acordo com o último "guideline" da ASGE (American Society of Gastrointestinal Endoscopy), marque a alternativa correta.
- A) Confirmando esofagite eosinofílica, está correto realizar dilatação endoscópica para o caso, que deve alcançar de imediato o aparecimento de uma ruptura da mucosa ou atingir o diâmetro alvo (em geral maior ou igual a 16mm).
 - B) Devem ser realizadas no mínimo 6 biópsias de esôfago distal e médio/proximal, voltadas de preferência para as áreas acometidas de lesão, cuja histologia deve conter, no mínimo, 25 eosinófilos por campo de grande aumento para confirmar esofagite eosinofílica.
 - C) Além de biópsias esofágicas, recomenda-se, nesse caso, a realização de biópsias gástricas e duodenais para excluir gastroenterite eosinofílica.
 - D) Não se deve proceder com dilatação esofágica pelo risco de perfuração em paciente em atividade inflamatória por provável esofagite eosinofílica.
11. Com o avanço da endoscopia, o campo de ressecção endoscópica de lesões neoplásicas e pré-neoplásicas tem aumentado e alcançado a cura em muitos pacientes com procedimentos minimamente invasivos quando comparados à cirurgia. Assim, são lesões passíveis de tratamento endoscópico, **EXCETO**:
- A) Lesão de crescimento lateral granular homogênea, Kudo III, medindo 3,0cm, em reto.
 - B) Lesão plana de superfície irregular, medindo 1,5cm, em esôfago distal, cuja histologia foi compatível com adenocarcinoma moderadamente diferenciado que não atinge a submucosa (T1aM3).
 - C) Lesão plana de superfície irregular, medindo 1,7cm, em esôfago médio, cuja histologia foi compatível com carcinoma de células escamosas, que atinge segunda camada da submucosa (T1bSM2).
 - D) Lesão elevada com centro ulcerado, medindo 2,5cm, cuja histologia evidenciou câncer gástrico bem diferenciado, restrito a mucosa.
12. Paciente, 63 anos, gênero feminino, sem comorbidades conhecidas, assintomática, realizou endoscopia digestiva alta para investigação de deficiência de vitamina B12, que evidenciou gastrite de corpo atrófica e lesão polipoide avermelhada em corpo gástrico, medindo 8mm, que foi ressecada por mucosectomia. A gastrite de corpo atrófica foi confirmada por histologia. Diante do quadro exposto, responda corretamente:
- A) Se confirmado tumor neuroendócrino tipo I, a paciente provavelmente terá sobrevida semelhante à população geral, pois a maioria tem comportamento benigno.
 - B) A paciente deve ser avaliada para gastrite atrófica autoimune e, uma vez confirmado tumor neuroendócrino tipo I, não é necessária a dosagem de gastrina.
 - C) Provavelmente, a lesão polipoide ressecada trata-se de um tumor neuroendócrino tipo I e necessita de vigilância endoscópica pós-ressecção, com endoscopias a cada dois anos, mesmo se a histologia evidenciar margens livres e confinadas a mucosa.
 - D) Provavelmente trata-se de tumor neuroendócrino tipo II, a cromogranina A pode ser utilizada como marcador tumoral e, nas endoscopias de vigilância, recomenda-se realizar biópsias de fundo, corpo e antro pelo risco de adenocarcinoma.
13. Paciente, 55 anos, gênero feminino, realizou colonoscopia para rastreamento de câncer de colorretal, cujo laudo descrevia preparo intestinal com escala de Boston de 6, 3 (três) pólipos sésseis removidos por polipectomia em cólon ascendente, medindo 5mm, cada, e uma lesão de crescimento lateral que media 22mm, retirada por mucosectomia fragmentada. Na análise histopatológica, todas as lesões eram adenomas com displasia de baixo grau. De acordo com o exposto, sobre a próxima colonoscopia que a paciente deverá realizar responda corretamente.
- A) Deverá ser realizada em 3 anos.
 - B) Deverá ser realizada em 5 anos.
 - C) Deverá ser realizada em 3 a 6 meses.
 - D) Deverá ser realizada em 6 a 12 meses devido ao preparo intestinal inadequado.

14. João, 38 anos, previamente assintomático, após correr uma maratona de 42km terminou desidratado, apresentando dor abdominal e, posteriormente, episódios de diarreia sanguinolenta. Procurou pronto-atendimento onde foi admitido taquicárdico (FC 96 bpm) e normotenso, sem sinais de irritação peritoneal ao exame físico, sendo submetido a exames laboratoriais e de imagem, que evidenciaram leucócitos de $12.000/\text{mm}^3$, ureia de 60 mg/dL e TC de abdômen apresentando sinal do alvo em cólon descendente. Colonoscopia evidenciou um segmento em cólon esquerdo com úlcera linear que percorre longitudinalmente o cólon, com mucosa adjacente com edema, friabilidade e áreas intercaladas por mucosa pálida, demais segmentos colônicos com mucosa normal. Diante do exposto, assinale a alternativa correta.
- A) Trata-se de paciente com doença de Crohn, devendo ser iniciado tratamento com imunobiológico.
 - B) Trata-se, provavelmente, de colite isquêmica severa do tipo oclusiva e a colonoscopia deve ser realizada em até 24h.
 - C) Trata-se, provavelmente, de colite isquêmica não oclusiva moderada por apresentar 5 fatores de risco de mau prognóstico.
 - D) A colonoscopia deve ser realizada preferencialmente em até 48h e o achado “Úlcera linear que percorre longitudinalmente o cólon” também é chamado de sinal da fita única e pode favorecer o diagnóstico de colite isquêmica.
15. Paciente, 48 anos, ex-etilista, em avaliação para doença hepática crônica, chega à emergência com hematêmese volumosa e ativa. No momento, apresenta-se consciente, mas com dificuldade de comunicar-se devido a hematêmese recorrente. Encontra-se icterício e com flapping, sinais vitais: FC 130 bpm, FR 27 irpm e PA 80x60mmHg. Familiares traziam exames laboratoriais do paciente realizados no dia anterior, com plaquetas 53.000, INR 2,3, bilirrubina total de 3,1 e albumina 3,0, elastografia hepática com 25 kpa e endoscopia digestiva alta da mesma semana com varizes esofágicas de médio e grosso calibre, sem outras alterações. Gasometria arterial da admissão mostrava hemoglobina de 6,0 g/dL. Nesse contexto, marque a alternativa correta.
- A) Em caso de sangramento por variz gástrica isolada, o tratamento de escolha é com ligadura elástica em até 12h ou o quanto antes, se for possível, devendo o inibidor de bomba de prótons ser mantido após o tratamento endoscópico.
 - B) Se o sangramento for por variz esofágica, a ligadura elástica é o tratamento de escolha. Após ser realizado, deve-se manter ceftriaxona, terlipressina, lactulose oral/enema e suspenso inibidor de bomba de prótons, se iniciado previamente.
 - C) Paciente deve ser encaminhado para UTI, mas a intubação orotraqueal não deve ser realizada, pois o paciente não apresenta rebaixamento do nível de consciência.
 - D) A endoscopia digestiva alta deve ser realizada nas primeiras 24h da admissão, assim que alcançada estabilidade clínica e após hemotransfusão de hemácias e de plasma fresco congelado.
16. Paciente do gênero masculino, de 36 anos, deu entrada na emergência de um hospital com quadro de melena e taquicardia. Refere que episódio de melena aconteceu durante a madrugada antes do dia da chegada ao hospital. Não tem patologias prévias. Refere que há 1 semana sofreu trauma em tornozelo, com necessidade de utilização de anti-inflamatório (ibuprofeno). Após estabilização do quadro, foi solicitada endoscopia, que evidenciou úlcera em parede anterior de bulbo duodenal, com presença de sangramento ativo em porejamento. Diante do quadro acima, qual classificação de Forrest da úlcera bulbar?
- A) Forrest IA.
 - B) Forrest IB.
 - C) Forrest IIB.
 - D) Forrest III.
17. Paciente do gênero masculino, de 65 anos e diabético, que há cerca de 2 semanas apresenta quadro de disfagia e odinofagia. Refere que há 1 mês fez antibioticoterapia (amoxicilina e clavulanato) para tratar amigdalite bacteriana. Após consulta com especialista, foi solicitada endoscopia digestiva alta. Durante a endoscopia, foram evidenciadas, desde esôfago proximal até o distal, inúmeras placas esbranquiçadas, aderidas à mucosa e confluentes, maiores que 5 mm e associadas a enantema difuso. Não foram observadas ulcerações ou áreas de estenose. Diante da principal suspeita diagnóstica, está correto afirmar:
- A) Devem ser realizadas biópsias endoscópicas para a confirmação etiológica e seu posterior tratamento.
 - B) Trata-se de monilíase esofágica (Kodsi I) e seu tratamento já pode ser iniciado logo após o exame endoscópico.
 - C) Trata-se de monilíase esofágica (Kodsi II) e seu tratamento já pode ser iniciado logo após o exame endoscópico.
 - D) Trata-se de monilíase esofágica (Kodsi III) e seu tratamento já pode ser iniciado logo após o exame endoscópico.

18. Uma paciente de 54 anos apresentou quadro de dor abdominal mal-definida. Procurou assistência médica, sendo solicitada ultrassonografia abdominal (US). No exame, foi evidenciada lesão cística em corpo pancreático medindo 1,8 cm. Para melhor avaliação, foi solicitada colangiressonância e ressonância magnética de abdome superior com contraste, que identificou a lesão em corpo pancreático, com comunicação visível com ductos pancreáticos, ausência de dilatação do ducto pancreático principal e presença de nódulo mural de 4 mm. Diante da principal suspeita diagnóstica, qual seria a melhor conduta para esse caso?
- A) Caso o tamanho do nódulo seja confirmado e a citologia negativa para malignidade, um seguimento a cada 2 anos seria o mais adequado.
 - B) Trata-se de um provável IPMN de ducto secundário e deve ser solicitada uma ecoendoscopia com punção para melhor avaliação de nódulo mural.
 - C) Trata-se de um provável IPMN de ducto secundário e, devido a nodulação periférica observada no exame, deveria ser indicada uma pancreatectomia corpocaudal.
 - D) A dosagem do CA 19.9 no líquido cístico é de suma importância na avaliação de suspeita de malignidade.
19. Mulher de 67 anos, diabética e hipertensa, com antecedente há 3 semanas de infarto agudo do miocárdio, procurou pronto-atendimento devido a episódios de melena sendo internada com Hb: 9,0g/dL. Apresentava-se estável hemodinamicamente. Em uso de ácido acetilsalicílico (AAS), clopidogrel, sinvastatina, enalapril, carvedilol e metformina. Na admissão, foram suspensos AAS e clopidogrel, prescrito inibidor de bomba de prótons intravenoso e realizada endoscopia digestiva alta (EDA) que mostrou úlcera duodenal sem sangramento ativo (A1 de Sakita; Forrest III), com teste de urease positivo para *Helicobacter Pylori*. Assinale a alternativa que contém a conduta mais adequada após a realização da EDA.
- A) Reintroduzir AAS e clopidogrel, trocar o inibidor de bomba de prótons intravenoso para via oral, prescrever tratamento para *H. Pylori* e fazer teste respiratório com ureia marcada 8 semanas após o término do tratamento para controle do tratamento do *H. Pylori*.
 - B) Reintroduzir apenas o clopidogrel, manter suspensão do AAS até a cicatrização da úlcera, manter o inibidor de bomba próton intravenoso até a realização de nova EDA de controle, prescrever tratamento para *H. Pylori* e repetir nova EDA 8 semanas após para controle do tratamento do *H. Pylori*.
 - C) Manter suspensão do AAS e clopidogrel até a cicatrização da úlcera, manter inibidor de bomba de prótons intravenoso até a realização de nova EDA de controle em 48 horas, prescrever tratamento para *H. Pylori*, repetir EDA 8 semanas após o término do tratamento para controle do tratamento do *H. Pylori*.
 - D) Reintroduzir apenas o AAS, manter suspensão do clopidogrel até a cicatrização da úlcera, trocar o inibidor de bomba de prótons intravenoso para via oral, prescrever tratamento para *H. Pylori*, fazer teste respiratório com ureia marcada 4 semanas após o término do tratamento para controle do tratamento do *H. Pylori*.
20. A cromoscopia consiste na aplicação de agentes que realçam a superfície da mucosa gastrointestinal, permitindo uma melhor avaliação da mucosa durante a realização da endoscopia. Sobre os corantes utilizados na endoscopia digestiva, é correto afirmar:
- A) O Lugol, um corante reativo, é indicado para maior realce e identificação de lesões escamosas na mucosa esofágica.
 - B) O índigo-carmin é um corante de absorção muito utilizado para melhor realçar lesões precoces no trato gastrointestinal.
 - C) Tatuagem de forma permanente nos cólons com tinta da Índia deve ser proscrita devido ao alto risco de absorção sistêmica e complicações locais.
 - D) Cromoscopia com ácido acético pode ser utilizada na vigilância do esôfago de Barrett, com evidências de melhor identificação de lesões neoclássicas precoces.